



**Centrale des syndicats
du Québec**

**Centralisons
nos forces**

Pour une décentralisation et une gestion plus humaine du réseau de la santé et des services sociaux

**Mémoire présenté à
la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des
consultations particulières et des auditions publiques sur le projet de loi
n° 28, Loi permettant la mise en place de certaines mesures en matière de
santé et de services sociaux liées au statut géographique particulier de la
région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec**

Par la Centrale des syndicats du Québec (CSQ)

Août 2019

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente près de 200 000 membres, dont plus de 125 000 font partie du personnel de l'éducation.

La CSQ compte 10 fédérations qui regroupent quelque 240 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres; s'ajoute également l'AREQ (CSQ), l'Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec.

Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien), de même que dans les domaines des services éducatifs à la petite enfance, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire, des communications et du municipal.

De plus, la CSQ compte en ses rangs 75 % de femmes et 30 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.

Présentation du projet de loi

Le projet de loi n° 28¹ présenté à l'Assemblée nationale, le 7 juin 2019, vise à modifier la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, pour tenir compte du statut géographique particulier de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Il prévoit, notamment, que le président-directeur général d'un centre intégré de santé et de services sociaux peut être assisté par deux présidents-directeurs généraux adjoints lorsqu'un tel centre se trouve dans une région sociosanitaire dont le territoire correspond à l'ensemble du territoire de deux régions administratives du Québec. Il permet, dans un tel cas, la mise sur pied d'un forum de la population pour chacune de ces régions administratives.

Ce projet de loi, bien que très succinct, ne comportant que six articles, soulève indirectement plusieurs enjeux fondamentaux que la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et l'ensemble de ses affiliés, en particulier la Fédération de la santé du Québec (FSQ-CSQ), souhaitent soumettre à la réflexion des parlementaires, notamment en ce qui a trait à la responsabilité populationnelle, à l'offre de services de proximité et à la décentralisation des pouvoirs décisionnels.

1. Défendre notre modèle public

D'entrée de jeu, rappelons que la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) défend un projet de société fondé sur la justice sociale, l'équité et l'égalité des chances pour toutes et tous. Sa mission est d'œuvrer, notamment, à la défense des droits sociaux, en particulier le droit à l'éducation, à la santé, au travail et à des conditions de vie décentes. L'ensemble de son analyse et de ses travaux s'appuie sur ces valeurs et ces droits fondamentaux.

Aussi, défendre notre modèle public québécois de santé et de services sociaux afin d'assurer à toutes et à tous l'accès équitable à des services de qualité² s'inscrit directement dans la mission fondamentale de la CSQ.

¹ QUÉBEC. *Loi permettant la mise en place de certaines mesures en matière de santé et de services sociaux liées au statut géographique particulier de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2019.

² CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (s. d.). *Santé et services sociaux – Défendre notre modèle public québécois*, 8 p. [En ligne]. [<https://fsq.lacsq.org/wp-content/uploads/sites/16/2019/07/FSQ-8pages.pdf>]

2. Un premier signal positif

La CSQ et la FSQ-CSQ accueillent favorablement le projet de loi n° 28 et souhaitent qu'il soit une première étape vers une réelle décentralisation de la gestion de notre système public de santé et de services sociaux.

Reconnaître officiellement le statut géographique particulier de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, et par le fait même, les besoins et les défis propres à chacune de ces deux régions administratives, en permettant la nomination de deux présidents-directeurs généraux adjoints (PDGA) pour assister le président-directeur général (PDG) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS-MCQ) nous apparaît être un signal prometteur quant à la volonté du gouvernement de corriger certaines lacunes importantes engendrées par les fusions administratives de 2015 et la trop grande centralisation des pouvoirs décisionnels.

Assister un PDG dans l'administration et le fonctionnement d'une vaste structure régionale (centre intégré), dans l'exécution des décisions du conseil d'administration et dans la coordination et la surveillance de l'activité clinique au sein de l'établissement (article 32³) n'est pas une mince tâche, notamment en période de grands changements ayant entraîné de nombreuses insatisfactions, tant dans la population et les élus locaux et régionaux, que chez le personnel de la santé. Dans un tel contexte, la mise sur pied d'un forum de la population pour chacune des régions administratives visées nous apparaît souhaitable, voire essentielle.

Toutefois, bien que la décision de désigner un PDG adjoint responsable de la région du Centre-du-Québec soit un premier pas essentiel dans la reconnaissance du caractère distinct de la région, encore faut-il que ce dernier ait les leviers pour répondre plus adéquatement aux besoins et défis de ce territoire. Soulignons que dans la structure organisationnelle actuelle⁴, les responsabilités courantes du PDG adjoint se limitent aux enjeux essentiellement logistiques : gestion du risque, sécurité civile, ressources informationnelles, services techniques, évaluation – performance – éthique, logistique; ce dernier n'a pas de responsabilité directe avec la responsabilité populationnelle ou le développement de l'organisation. Si l'objectif fondamental du projet de loi est de recentrer l'offre de services sur les besoins de la population du Centre-du-Québec, n'y aurait-il pas lieu de le préciser dans le libellé du projet de loi (les objectifs) et de s'assurer que ce nouveau poste dans la structure d'encadrement supérieur en ait la responsabilité?

³ QUÉBEC. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

⁴ CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC. *Organigramme détaillé du CIUSSS MCQ*, 32 p. [En ligne]. [<https://ciusssmcq.ca/telechargement/353/organigramme>] (mis à jour le 15 juillet 2019).

Rappelons que le gouvernement de la Coalition avenir Québec s'est engagé, notamment, à améliorer l'accès à des soins de qualité, à décentraliser le réseau de la santé et à redonner plus d'autonomie aux régions, aux usagers, aux gestionnaires et aux conseils d'administration des établissements⁵. C'est dans cet esprit que nous lui soumettons nos réflexions et l'invitons à poursuivre ses travaux.

Nous le savons toutes et tous, beaucoup de travail doit être fait pour remettre notre système public sur les rails. Tous les problèmes ne pourront se régler rapidement. Cela nécessitera la collaboration de toutes les parties impliquées. À cet égard, la Centrale et la FSQ-CSQ réitèrent leur volonté d'y contribuer.

3. Le palier régional : une instance de coordination nécessaire, mais nettement insuffisante ...

Dans un mémoire⁶ présenté aux membres de la commission parlementaire chargés d'étudier le projet de loi n° 10 à l'automne 2014, la CSQ et ses affiliées en santé, la FSQ-CSQ et la F4S-CSQ, avaient soumis plusieurs inquiétudes quant à la mise en place de super structures régionales combinée à l'abolition du palier décisionnel local.

3.1 Le transfert de la responsabilité populationnelle⁷ du palier local au palier régional

La nouvelle structure organisationnelle mise en place, les réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux (RTS), vise à assurer des services de proximité et leur continuité par l'intégration territoriale des services de santé et des services sociaux. Les centres intégrés sont maintenant responsables d'assurer le développement et le bon fonctionnement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) au sein de leur RTS respectif.

⁵ COALITION AVENIR QUÉBEC. *Orientations de la CAQ en santé : pour un réseau plus accessible, efficace et décentralisé (orientation 3)*, [En ligne]. [<https://coalitionavenirquebec.org/fr/blog/2018/05/26/orientations-de-la-caq-en-sante-pour-un-reseau-plus-accessible-efficace-et-decentralise/>].

⁶ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2014). *Nouvelle gouvernance et réorganisation du système de santé : nous refusons la mise en péril du modèle de santé québécois*, Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, dans le cadre des audiences publiques sur le projet de loi n° 10 – Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. [En ligne]. (novembre), 29 p. D12633. [http://www.lacsq.org/fileadmin/user_upload/csq/documents/documentation/avis_memoires/2014-2015/D12633.pdf].

⁷ Annexe 1 – La responsabilité populationnelle

Responsabilité populationnelle régionale (territoriale)

Le centre intégré et ses partenaires partagent collectivement une responsabilité à l'égard d'une **offre de services intégrés correspondant aux besoins de la population du territoire** et visant à favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population. Pour assumer cette responsabilité populationnelle, ils doivent rendre accessible un ensemble d'interventions et de services **le plus complet possible, à proximité du milieu de vie des personnes**. Ils doivent également assurer la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes par le système de santé et de services sociaux.⁸

Lorsque l'on compare les énoncés traitant de responsabilité populationnelle locale ou régionale, nous sommes à même de constater des nuances qui font pourtant aujourd'hui toute la différence pour certaines communautés. Nous y reviendrons.

Responsabilité populationnelle locale

La responsabilité populationnelle confiée au centre de santé et de services sociaux (CSSS) a modifié l'organisation des services autant sur les plans de l'accessibilité, de la continuité que de la qualité, les différentes organisations d'un territoire local partageant collectivement la responsabilité de rendre accessible **un ensemble complet** de services et d'assurer la prise en charge et l'accompagnement de la personne dans le système. La création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) est devenue l'assise du **nouveau projet d'intégration visant à rapprocher les services des citoyennes et citoyens** et à faciliter leur cheminement dans le réseau de la santé⁹.

Rappelons que les CISSS et les CIUSSS, qui doivent composer avec des centaines, voire des milliers de partenaires sociaux et de santé, assument désormais les responsabilités qui incombait aux RLS (art. 38¹⁰), et ce pour l'ensemble de leur région administrative. Ils doivent, notamment :

⁸ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Réseaux territoriaux et locaux de services* [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/reseaux-territoriaux-et-locaux-de-services/>]

⁹ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (février 2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. (février), La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 26 p.

¹⁰ QUÉBEC. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

- **Définir un projet clinique et organisationnel** déterminant les besoins sociosanitaires et les particularités de la population, les objectifs poursuivis et l'offre de services requise, les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau (LSSSS, art. 99.5);
- **Offrir des services généraux**, notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement **et certains services spécialisés et surspécialisés**, lorsque ceux-ci sont accessibles (LSSSS, art. 99.6);
- **Instaurer des mécanismes ou conclure des ententes** avec les différents producteurs de services ou partenaires que sont, notamment les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées (LSSSS, art. 99.7, paragr. 2°).

Avant la centralisation, l'exercice de la responsabilité populationnelle impliquait pour les acteurs des Réseaux locaux de services (RLS) de « définir, par des démarches participatives avec la population, les partenaires du réseau sociosanitaire et ceux des autres secteurs d'activité, une offre de services intégrée et de qualité, qui répond aux besoins de la population locale ». ¹¹

Est-ce que la nouvelle offre de services intégrés développée par les centres intégrés correspond mieux aux besoins de la population des différents territoires? Nous en doutons fortement.

3.2 Une perte de proximité des services

Dès 2003, dans son mémoire présenté lors des auditions publiques sur le projet de loi n° 25¹², la Centrale rappelait le droit de la population du Québec à une gamme complète de services de santé et de services sociaux, quel que soit son lieu de résidence. Déjà, elle craignait qu'une densité de population trop marginale pour certains services dans un territoire donné amène les gestionnaires à réduire l'offre de services, voire à l'abolir, obligeant ainsi la population à se déplacer ou à recourir à des services privés.

Dans les fonctions de planification et de programmation régionales, il lui apparaissait essentiel que les localités plus petites, situées aux limites géographiques de leur région, aient accès à certains programmes dans leur propre

¹¹ Annexe 1 – La responsabilité populationnelle

¹² CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2003). *Une gouvernance régionale et des réseaux locaux de services : au service de qui?*, Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales lors des auditions publiques sur le projet de loi n° 25 : Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2 décembre), CSQ, 26 p.

communauté : pensons aux ressources d'hébergement non institutionnelles (RNI), aux services des ergothérapeutes et des travailleuses et travailleurs sociaux ou, maintenant, aux soins de fin de vie.

En 2014, notre inquiétude quant à la perte de services essentiels de proximité s'est grandement accentuée.

La diversité et l'étendue des territoires qui seront desservis par les nouveaux CISSS, et la centralisation de la programmation soulèvent de grandes inquiétudes. Sans une participation significative des ressources locales et une implication des communautés, nous sommes convaincus que la nouvelle structure ne pourra cerner adéquatement les besoins sociosanitaires et garantir l'accessibilité des services et des soins pour l'ensemble de la population du territoire.¹³

En 2014, dans la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, par exemple, plus de 1 400 établissements et organismes offraient des services sociaux et de santé à près de 505 000 personnes réparties sur un territoire de près de 45 000 kilomètres carrés. De ce nombre, 12 établissements publics, dont 8 CSSS, couvraient 132 points de services. En 2019, la population estimée se chiffre à 516 665 personnes environ. Les défis organisationnels d'une telle centralisation étaient énormes.

Sans une vigilance locale, nous craignons déjà à l'époque que les mégastructures entraînent une centralisation des ressources et des services autour des « villes-centres » au détriment des localités plus éloignées et que la proximité des services ne puisse plus être assurée. La création de nouveaux corridors de services régionaux et interrégionaux particuliers visant à assurer aux usagers d'une région une continuité de services ou un accès aux services dans un délai approprié, nous faisait craindre des ruptures, voire des fermetures de points de services dans certaines communautés. Malheureusement, le temps nous aura donné raison.

3.3 Une gouvernance régionale avec peu de latitude décisionnelle

Nous avons dénoncé haut et fort la volonté gouvernementale de contrôler à tout prix la gestion des établissements régionaux.

¹³ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2014). *Nouvelle gouvernance et réorganisation du système de santé : nous refusons la mise en péril du modèle de santé québécois*, Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, dans le cadre des audiences publiques sur le projet de loi n° 10 – Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. [En ligne]. (novembre), 29 p. D12633.

Nous avons remis en question les processus de nomination et la composition des conseils d'administration, notamment le fait que la majorité des membres soient indépendants, que parmi les profils recherchés, aucun ne fait appel à une expertise en matière de responsabilité populationnelle, d'interdisciplinarité ou d'organisation des systèmes de santé et enfin, que les postes réservés aux personnes élues par la population, aux organismes communautaires de la région et enfin au personnel de l'établissement aient été abolis.

Nous appréhendons que les nouvelles structures régionales n'aient pas l'expertise ni la latitude nécessaire pour considérer et intégrer les enjeux spécifiques locaux et régionaux dans leur gouverne.

Les conseils d'administration devront organiser les services de l'établissement dans le respect des orientations nationales et des enveloppes budgétaires allouées par programme-service (art. 29), et appliquer les règles de saine gestion imposées par le gouvernement du Québec; autrement, leurs pouvoirs pourront être suspendus (art. 152).¹⁴

Comment un conseil d'administration très éloigné de la communauté et avec peu de latitude décisionnelle peut définir adéquatement un projet clinique et organisationnel déterminant les besoins sociosanitaires et les particularités de la population, les objectifs poursuivis et l'offre de services requise, les modes d'organisation et les contributions attendues des milliers de partenaires de la santé et des services sociaux, afin d'assurer les services de proximité et protéger l'ensemble des missions spécifiques? Poser la question, c'est y répondre...

Pour toutes ces raisons, au nom d'une plus grande accessibilité et d'une meilleure intégration des soins et des services, nous considérons que le modèle de prise en charge populationnelle modulant les services en fonction des besoins et des particularités locales devrait être de nouveau privilégié et renforcé.

4. Des signaux qui ne trompent pas

Le précédent gouvernement affirmait que la réforme simplifierait les structures, améliorerait l'accès et permettrait « d'atteindre une fluidité sans faille dans notre système¹⁵ ». Il disait vouloir mettre l'usagère et l'usager « au cœur du système ».

¹⁴ CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2014). Nouvelle gouvernance et réorganisation du système de santé : nous refusons la mise en péril du modèle de santé québécois, Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, dans le cadre des audiences publiques sur le projet de loi n° 10 – Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. [En ligne]. (novembre), 29 p. D12633.

¹⁵ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014). Conférence de presse de Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, et de Lucie Charlebois, ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse et à la Santé publique, [En

Les intentions étaient bonnes, mais divers signaux semblent plutôt indiquer une détérioration dans l'accès et la qualité des soins. La hausse du nombre de plaintes et de signalements de même que l'augmentation du nombre d'incidents et d'accidents font réfléchir.

- Hausse du nombre de plaintes et de signalements:

Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) MCQ : augmentation de 252 % des plaintes, soutien-conseil et signalements depuis 5 ans (2014-2015)¹⁶;

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services MCQ : hausse de 10,1 % des plaintes reçues en première instance et hausse de 39,5 % des interventions de la commissaire amorcées à la suite d'un signalement ou initiées de son propre chef, au cours de la dernière année¹⁷;

Protectrice du citoyen : hausse du nombre de plaintes de 4,9 % par rapport à la moyenne des trois dernières années (2014-2015), hausse du nombre de signalements fondés de plus de 131 % en une année seulement¹⁸.

- Hausse du nombre d'événements indésirables (incidents/accidents) :

Incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec¹⁹

ligne]. (25 septembre) [www.assnat.qc.ca/en/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-17905.html].

¹⁶ CAAP MAURICIE-CENTRE-DU-QUÉBEC. *Rapport annuel 2018-2019*, [En ligne]. [\[http://www.caap-mcq.qc.ca/client/rapport%20annuel%202018-2019%20caap%20mcq.pdf\]](http://www.caap-mcq.qc.ca/client/rapport%20annuel%202018-2019%20caap%20mcq.pdf)

¹⁷ CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC. *Rapport annuel 2017-2018 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services* [En ligne]. [\[https://www.ciusssmcq.ca/telechargement/892/rapport-annuel-2017-2018-sur-l-application-de-la-procedure-d-examen-des-plaintes/\]](https://www.ciusssmcq.ca/telechargement/892/rapport-annuel-2017-2018-sur-l-application-de-la-procedure-d-examen-des-plaintes/)

¹⁸ LE PROTECTEUR DU CITOYEN. *Rapport annuel 2017-2018* [En ligne]. [\[https://publications.virtualpaper.com/protecteur-citoyen/rapport_annuel_2018/#58/\]](https://publications.virtualpaper.com/protecteur-citoyen/rapport_annuel_2018/#58/)

¹⁹ QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Registre national sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec* (rapport annuel 2014-2015 et rapport annuel 2017-2018) [En ligne]. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/recherche/?txt=Registre+national+des+incidents+et+accidents&rechercher=Lancer+la+recherche&msss_valpub=

| Événements Indésirables | Pour le Québec | | | Mauricie-Centre-du-Québec | | |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|--------|---------------------------|-----------------|------|
| | 2014-2015 | 2017-2018 | | 2014-2015 | 2017-2018 | |
| Incidents et accidents | 481 000 | 513 357 | ↑ 6,7% | 31 729 | 33 957 | ↑ 7% |
| Accidents (usagés touchés) | 86 % 413 660 | 85 % 436 353 | ↑ 5,5% | - | 85,7% 29 101 | - |
| Décès | 0,07% 337 | 0,08% 421 | ↑ 25% | - | - | - |

5. Des élus locaux et régionaux qui se mobilisent

Sans une vigilance adéquate au regard de la planification et de la programmation des ressources sur le plan local, et sans un financement adéquat, des ruptures de services, voire des vides complets, surviennent de plus en plus fréquemment. Le financement par programme-service (art. 29²⁰) défini par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), tout comme la disparition des cibles régionales (art. 71, paragr. 11²¹) semblent limiter la capacité des régions de répondre aux besoins particuliers de leur population.

À ce titre, plusieurs inquiétudes avaient été soulevées par certaines localités éloignées qui doutaient fortement que le nouveau modèle améliore l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins : elles craignaient que leur éloignement des lieux décisionnels les prive de la capacité d'influencer les choix budgétaires parfois difficiles, ce qui pouvait se traduire, selon elles, par le sacrifice de services jugés essentiels.

Aussi, bien que la transformation du réseau de la santé visait à favoriser et à simplifier l'accès aux services pour la population, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à accroître l'efficacité et l'efficacé du réseau de la santé et des services sociaux, et bien que cela devait se faire sans aucune fermeture de points de services et en assurant le maintien des diverses missions spécifiques des établissements, dans les faits, plusieurs reculs malheureux s'observent concrètement dans plusieurs régions du Québec, notamment dans les petites localités qui voient la centralisation de nombreux services, notamment celle des services spécialisés, les priver de services essentiels de proximité.

²⁰ QUÉBEC. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

²¹ QUÉBEC. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.

Les critiques sont manifestes. Un nombre croissant d'élus locaux et régionaux réclament de plus en plus fermement une décentralisation des pouvoirs afin d'assurer le développement et le maintien d'une offre adéquate de services de proximité. Parmi ceux-ci :

- **Sorel-Tracy** : le comité de liaison en santé, composé notamment de maires et de députés, souhaite ramener une gouvernance locale avec davantage de pouvoirs décisionnels, rapatrier localement la gestion du personnel et contrer le transfert des spécialités médicales vers les grands centres;
- **Haute-Gaspésie** : les élus veulent des tables de travail pour trouver des solutions concrètes aux problèmes de Sainte-Anne-des-Monts. Ils dénoncent les découvertes médicales et se demandent si les autorités de la santé de la Gaspésie font tous les efforts nécessaires pour attirer et retenir les spécialistes;
- **MRC des Appalaches** : la MRC réclame au gouvernement du Québec de revoir ses orientations en matière de santé, ainsi que la restructuration du réseau mise en place par le ministre Gaétan Barrette. Elle souhaite redonner à l'hôpital de Thetford Mines et au réseau local de santé une direction permanente et tous les pouvoirs qu'ils disposaient avant la réorganisation. Selon elle, la centralisation va totalement à l'encontre des énoncés du gouvernement qui veut faire des régions (MRC) des gouvernements de proximité, et de la stratégie pour assurer l'occupation et la vitalité des territoires;
- **La Malbaie** : le conseil des maires a revendiqué la présence des représentants du personnel médical de l'Hôpital de La Malbaie sur le comité de révision du plan clinique et la création d'un comité pour assurer le développement à moyen et long terme de l'établissement. Les maires ont reproché au CIUSSS son manque de transparence et la diffusion d'informations contradictoires;
- **Côte-Nord** : les maires et le préfet de la MRC de la Minganie ont décrié de nombreux problèmes : le manque de médecins et d'infirmières, les problèmes de transports et les difficultés reliées à la gestion. Ils dénoncent la perte de services et de soins et le fait que les dispensaires en région soient menacés;
- **Bas-Saint-Laurent** : le président du CIUSSS affirme assister, bien malgré lui, à l'effritement de l'offre de services de proximité dans sa région. L'exode des médecins, au bénéfice des grands centres urbains combiné à l'accroissement des difficultés de recrutement et de rétention de nombreux spécialistes, explique en partie le phénomène. Le regroupement des huit MRC du territoire demande à la ministre de la Santé de mieux protéger l'accès à des services spécialisés;
- **La Matapédia**: la MRC de La Matapédia et le comité citoyen Vigie santé matapédien défendent les six recommandations prioritaires émanant du Forum

citoyen sur l'avenir des soins de santé dans La Matapédia²², notamment le maintien des services offerts sur le territoire de La Matapédia, la création d'un comité consultatif citoyen pour les territoires ruraux, et le développement des activités chirurgicales à l'hôpital d'Amqui. Ils réclament également l'amélioration des mécanismes de gouvernance afin de donner un pouvoir décisionnel à la population.

La Centrale et sa fédération de la santé souhaitent le retour d'un modèle de gouvernance transparent qui est attentif et respectueux de l'intérêt collectif et qui privilégie une réelle participation citoyenne. Elles dénoncent la centralisation inégalée des pouvoirs qui a mis au rencart de nombreux leviers démocratiques.

6. Décentraliser la gestion des ressources humaines

Le 7 juin dernier, lors d'une intervention publique à Drummondville, la ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé, outre la désignation d'un cadre spécifique pour la région Centre-du-Québec, l'ajout éventuel de cadres supérieurs « chargés d'apporter un soutien aux équipes locales », mais, surtout, sa volonté de redonner davantage d'autonomie aux équipes locales, et ce dans toutes les régions du Québec.

« Le réseau de la santé a été trop centralisé au cours des quatre dernières années [...] Il était temps de redonner davantage d'autonomie aux équipes locales de soins de votre région. Pour moi, c'est très important qu'elles aient davantage de marge de manœuvre. Ce qu'on annonce aujourd'hui au Centre-du-Québec, c'est exactement ce qu'on veut faire à travers le Québec, mais en plus gros. Dans le fond, il faut qu'on déconcentre des services à la population dans l'ensemble du Québec. Je vais suivre le dossier d'ici d'une façon très serrée. »²³

Cette volonté ministérielle de décentraliser les services à la population en redonnant plus d'autonomie aux équipes locales de soins va tout à fait dans le sens de notre analyse. Toutefois, cette plus grande autonomie ne pourra apporter de résultats cohérents et significatifs pour la population que si certains changements structurels soutiennent efficacement cette décentralisation, notamment dans la prise de décision.

²² ÉCOTERRITOIRE HABITÉ DE LA MATAPÉDIA. [En ligne].

[\[http://www.ecoterritoirehabite.ca/matapedia/modele-partager.html\]](http://www.ecoterritoirehabite.ca/matapedia/modele-partager.html)

²³ MCCANN, Danielle (7 juin 2019). « La population souhaite qu'on mette de l'argent dans les services et non dans les structures », *Express* [En ligne]. [\[https://www.journalexpress.ca/2019/06/07/la-population-souhaite-quon-mette-de-largent-dans-les-services-et-non-dans-les-structures-danielle-mccann/\]](https://www.journalexpress.ca/2019/06/07/la-population-souhaite-quon-mette-de-largent-dans-les-services-et-non-dans-les-structures-danielle-mccann/)

Ainsi, nous croyons que pour assurer une offre de services intégrés de proximité correspondant aux besoins de la population, certains changements doivent être apportés, notamment :

- Modifier la structure d'encadrement supérieur et les responsabilités en conséquence : deux directions générales adjointes dédiées à la responsabilité populationnelle devraient peut-être encadrer, pour chacune des deux régions administratives, les directions des services, des programmes et des ressources humaines (remettre les ressources et l'organisation réellement au service des gens);
- S'assurer que la prise de décisions liée à la planification et à l'organisation des services et des soins puisse se réaliser le plus près possible des milieux de pratique;
- Décentraliser la gestion des ressources humaines : redonner aux différents milieux de pratique la capacité de gérer, notamment, les horaires de travail en fonction des besoins spécifiques et de la réalité de chaque milieu.

Sur les plans de la planification et de l'organisation des services et des soins, les problèmes occasionnés par la création de mégastructures dont le pôle décisionnel est très éloigné des milieux de pratique doivent être corrigés : les espaces de dialogue entre la direction, les organisations syndicales et le personnel doivent être rétablis; les directions doivent être davantage disponibles sur le terrain; elles doivent pouvoir intervenir plus rapidement dans la résolution de situations problématiques.

En somme, selon notre compréhension des besoins populationnels et notre analyse des enjeux organisationnels, nous doutons que la nomination d'un PDG adjoint pour le Centre-du-Québec, que l'ajout de cadres supérieurs responsables de soutenir les équipes locales et que l'implantation d'un centre administratif à Drummondville visant à faciliter la représentation du milieu au sein du CIUSSS-MCQ²⁴ soient suffisants.

Nous le répétons, si l'objectif fondamental du projet de loi n° 28 est de recentrer l'offre de services sur les besoins de la population du Centre-du-Québec, n'y aurait-il pas lieu de le préciser dans le libellé du projet de loi et de s'assurer que, non seulement la structure d'encadrement soit modifiée, mais que certains pouvoirs décisionnels liés à la planification et à l'organisation des services et des soins soient réellement décentralisés?

²⁴ MCCANN, Danielle (7 juin 2019). « La population souhaite qu'on mette de l'argent dans les services et non dans les structures », *Express* [En ligne]. <https://www.journalexpress.ca/2019/06/07/la-population-souhaite-quon-mette-de-largent-dans-les-services-et-non-dans-les-structures-danielle-mccann/>

7. Assurer un financement adéquat

Le gouvernement de la CAQ s'est engagé à fournir un niveau de financement stable. Mais cela est insuffisant. Il faut également un financement adéquat, c'est-à-dire à la hauteur des besoins. Selon le dernier portrait de la main-d'œuvre en soins infirmiers²⁵, rappelons, entre autres, que le nombre d'embauches requis (recrutement projeté) pour maintenir le niveau de services actuel et combler les nouveaux besoins est estimé à 23 875 infirmières et à 7 650 infirmières auxiliaires pour les cinq prochaines années.

Il serait donc nécessaire de rehausser et de stabiliser dès maintenant le financement des établissements de santé afin que ces derniers puissent afficher des postes à temps complet décents et attrayants, et corriger de façon durable les problèmes de pénurie organisationnelle qui accablent notre réseau de santé depuis trop longtemps.

En fait, pour le personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires, l'ouverture de postes à temps complet, l'abolition du temps supplémentaire obligatoire et la poursuite des 17 projets-pilotes sur les ratios professionnelles en soins / patients et, surtout, la mise en œuvre des recommandations qui en découleront – engagements du gouvernement – nécessiteront sans contredit des ressources financières additionnelles.

En somme, de façon globale, nous considérons qu'une analyse qualitative des impacts de la centralisation (planification-programmation-organisation) doit être réalisée dans chacun des CISSS et des CIUSSS du Québec afin de soutenir la mise en œuvre des mesures correctives qui s'imposent.

Conclusion

La perte de services essentiels de proximité et l'incapacité d'agir pour répondre aux besoins spécifiques des diverses régions et localités suscitent de plus en plus d'inquiétudes et de mécontentement au sein des communautés.

La centralisation à outrance préconisée dans la dernière réforme a mis en péril la capacité des structures complexes de travail, de collaboration et de partenariat dans le réseau de la santé et des services sociaux à assurer une offre de services adéquate adaptée à la réalité des milieux.

²⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (juin 2019). *Portrait de la main-d'œuvre – Soins infirmiers, Direction générale du personnel réseau et ministériel.*

La CSQ et la FSQ-CSQ saluent aussi la position du gouvernement de la CAQ qui reconnaît les conséquences néfastes de cette centralisation des pouvoirs et, surtout, qui reconnaît l'importance de redonner aux communautés une réelle capacité de relever les défis qui se posent à elles afin d'assurer à toutes et à tous l'accès à des services sociaux et à des soins de qualité.

Répondre adéquatement aux besoins populationnels n'est pas qu'un enjeu de structure administrative, c'est d'abord et avant tout un enjeu de gouvernance et de démocratie citoyenne!

C'est dans cet esprit que nous l'invitons à poursuivre ses travaux de décentralisation.

Recommandations

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) et la Fédération de la santé du Québec (FSQ-CSQ) recommandent :

- que les objectifs d'amélioration de l'accès et de l'intégration des services sociaux et de santé visés par le projet de loi n° 28, Loi permettant la mise en place de certaines mesures en matière de santé et de services sociaux liées au statut géographique particulier de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, soient inscrits dans le libellé de la loi;
- que le modèle de prise en charge populationnelle modulant les services en fonction des besoins et des particularités locales soit privilégié et renforcé;
- qu'une direction générale adjointe dédiée à la responsabilité populationnelle soit mise en place pour chacune des régions administratives du Québec;
- que la direction générale adjointe dédiée à la responsabilité populationnelle chapeaute, pour chacune des régions administratives du Québec, les directions des services, des programmes et des ressources humaines (remettre les ressources et l'organisation réellement au service des gens);
- que la prise de décisions liée à la planification et à l'organisation des services et des soins soit réalisée le plus près possible des milieux de pratique;
- que la gestion des ressources humaines soit décentralisée afin de redonner aux différents milieux de travail la capacité de gérer, notamment, les horaires de travail en fonction des besoins spécifiques et de la réalité de chaque milieu;
- que le financement des établissements de santé soit rehaussé et stabilisé afin qu'ils puissent afficher des postes à temps complet décents et attrayants, et

corriger de façon durable les problèmes de pénurie organisationnelle qui accablent le réseau de la santé et des services sociaux;

- qu'une analyse qualitative des impacts de la centralisation (planification-programmation-organisation) soit réalisée dans chacun des CISSS et des CIUSSS du Québec.

Annexe 1 – Responsabilité populationnelle - Unissons nos forces pour l'amélioration de la santé et du bien-être de notre population!

Extraits du site Web de l'Institut national de santé publique (INSPQ)

<https://www.inspq.gc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>

Apparue en 2003 dans le cadre de la réforme du système québécois de santé et services sociaux, et confirmée en 2005, par la révision de la Loi sur les services de santé et services sociaux, la responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et bien-être de la population d'un territoire donné en :

- Rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- Assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- Agissant en amont, sur les déterminants de la santé.

Cet exercice requiert une collaboration entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socioéconomiques agissant sur le territoire local et régional. Ensemble ils mettent à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population et assument collectivement leur responsabilité. Les CISSS et les CIUSS ont pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir ces collaborations sur son territoire.

Partenaires concernés par la responsabilité populationnelle

L'exercice de la responsabilité populationnelle est renforcé par la Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle du MSSS dont la mise en œuvre vise la création de conditions favorables au plein exercice de cette responsabilité. Cela implique pour les acteurs des Réseaux locaux de services (RLS) de :

- S'approprier les données sociosanitaires et en arriver à une vision commune de la réalité territoriale;
- Définir, par des démarches participatives avec la population, les partenaires du réseau sociosanitaire et ceux des autres secteurs d'activité, une offre de service intégrée et de qualité, qui répond aux besoins de la population locale;
- Renforcer l'action sur les déterminants de la santé, de manière à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population locale;

- assurer le suivi et l'amélioration continue, dans une perspective de plus grande imputabilité.

